Aus dem Institut für Gerichtliche Medizin
der Universität Tübingen
Ehem. Direktor: Professor Dr. med. Georg Schmidt

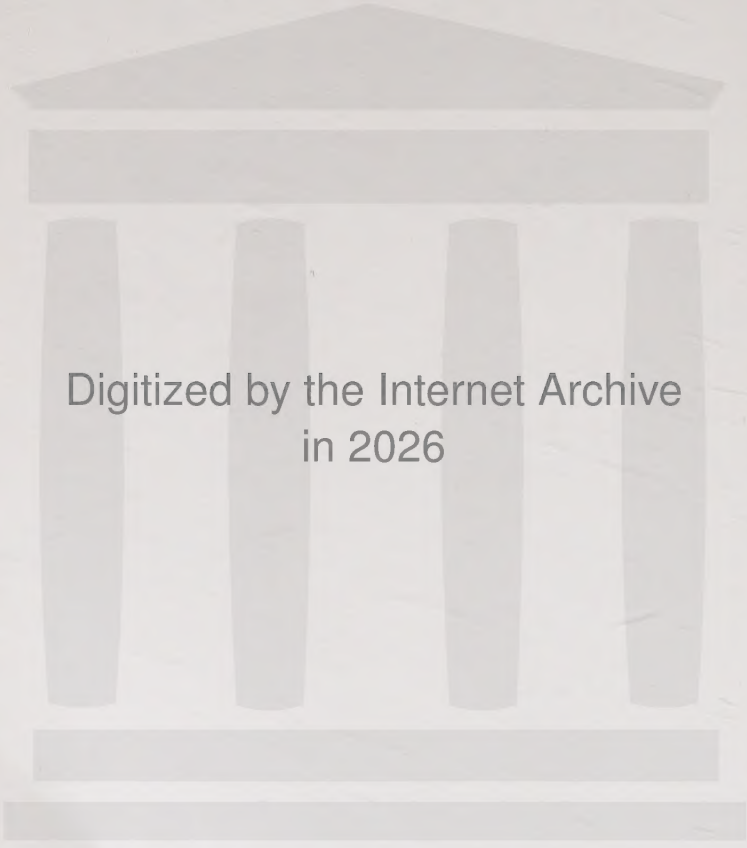
Pflichten des Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin

dem Fachbereich Theoretische Medizin
der Eberhard-Karls-Universität
zu Tübingen

vorgelegt von
Dorothea Rheinwald, geb. Baur
aus Stuttgart

1970


Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547612_0098

Aus dem Institut für Gerichtliche Medizin
der Universität Tübingen
Ehem. Direktor: Professor Dr. med. Georg Schmidt

Pflichten des Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin

dem Fachbereich Theoretische Medizin
der Eberhard-Karls-Universität
zu Tübingen

vorgelegt von
Dorothea Rheinwald, geb. Baur
aus Stuttgart

1970

UNIV.
LEIDEN
NED.

Dekan: Professor Dr. K. Mörike

Berichterstatter: Professor Dr. G. Schmidt

FOTODRUCK PRÄZIS Barbara v. Spangenberg KG • Tübingen

Meinen Eltern

INHALTSVERZEICHNIS

Seite

I. Einleitung 1
Aktualität des Problems

Historische Entwicklung der sozialen Krankenversicherung 2

II. Hauptteil

1. Rechtslage für den Versicherungsträger 6

2. Rechtslage für den Arzt 10
Mißstände, durch das Verhalten der Ärzte verursacht 11

3. Rechtslage für den Versicherten 13
Untersuchung des Verhaltens der Versicherten 18

III. Diskussion

Diskussion der Ergebnisse 28
Vorteile der Selbstbeteiligung 32
Durchführung der Selbstbeteiligung 33

Zusammenfassung 35

Literaturverzeichnis 37

I. EINLEITUNG

Unser System der sozialen Krankenversicherung ist heute in einem Stadium angelangt, in dem es keinen der Beteiligten mehr voll befriedigt. Diese Tatsache hat in den letzten Jahren lebhafte Diskussionen, Angriffe und Reformversuche veranlaßt, ohne daß eine Lösung erreicht worden wäre. So hat das Problem bis heute nicht an brennender Aktualität verloren.

Immer wieder prallen die Meinungen der Ärzte, der Versicherten und des "Establishments" aufeinander. Zwar sind sich alle über die grundsätzliche Notwendigkeit einer Reform einig, jedoch herrscht Uneinigkeit über die Art und Weise einer Veränderung der Lage. "Über die Notwendigkeit, die Leistungen der Krankenversicherung nach modernen wissenschaftlichen Erkenntnissen sowohl im soziologischen, im sozialen, als auch im medizinischen Bereich zu ergänzen und auszubauen, herrschen kaum unterschiedliche Auffassungen. Der Streit geht in der politischen Öffentlichkeit um das 'wie'" (Thieding) (40).

Das zentrale Problem wird darin gesehen, Arzt und Patient zu Verantwortungsbewußtsein und Solidarität zu erziehen, oder, wenn nötig, zu zwingen.

Schon 1928 kritisierte der Gewerkschaftler Gustav Haertz in diesem Sinne: "die soziale Krankenversicherung führt nicht nur zu körperlicher Verweichlichung, sondern auch zu moralischer Entartung" (9).

Auch in der "Sozialenquete", die vor zwei Jahren im Auftrag der Bundesregierung von sieben sachverständigen Wissenschaftlern vorgelegt wurde, wurden massive Mängel des derzeitigen Systems der gesetzlichen Krankenversicherung aufgezeigt:

1.) seine Schützlinge würden zur Unmündigkeit erzogen.
2.) Das System sei im Verhältnis zum Effekt zu teuer.
und 3.) Es begünstige das Kranksein und schwäche den Willen zur Gesundheit.

Konsequenterweise empfahl dann die Sozialenquete solche Maßnahmen, durch die die Selbstverantwortung des Einzelnen "mutmaßlich" gestärkt würde (39).

Bisher vorgelegte Reformvorschläge scheiterten jedoch großenteils am Widerstand der Ärzteschaft, denn: "die gesamtgesellschaftlichen Erfordernisse laufen den Interessen der Ärzte zuwider, da alle Maßnahmen, die den gesundheitspolitischen Notwendigkeiten Rechnung tragen, bestimmte Privilegien der Ärzte antasten" Naschold (21).

So schreibt C. von Ferber: "Die soziale Krankenversicherung gehorcht annähernd dem Grundsatz des Urkommunismus: Jeder trägt, seinen Fähigkeiten entsprechend bei (einkommensproporzionaler Beitragsatz) und erhält Leistungen seinen Bedürfnissen entsprechend" (6).

Jedoch ist nach Schulten aus diesem ideal klingenden Grundgedanken im Laufe der Jahre ein "Zerrbild geworden, bei dem man zweifeln kann, ob der Nutzen größer ist als der Schaden" (37).

Die demokratische Grundordnung unseres Staates räumt nicht nur jedem Bürger seine genau umschriebenen Rechte ein, sondern sie muß auch verlangen, daß jeder, auf Grund seiner Mitverantwortlichkeit an der öffentlichen Sache, Pflichten übernimmt. Dieses Verantwortungsbewußtsein ist jedoch gerade im sozialen Bereich bei weiten Kreisen der Bevölkerung nur sehr mangelhaft entwickelt. In einer Zeit, in der sich vor allem junge Leute immer bewußter mit politischen Problemen und Fragen auseinandersetzen ist zu erwarten, daß sie auch auf die Mißstände im sozialen Bereich stoßen.

Historische Entwicklung

Vorläufer der sozialen Krankenversicherung waren die gewerblichen Unterstützungskassen (preußisches Gesetz von 1854) und die Hilfskassen (preußisches Gesetz von 1876), damals wurden die Probleme sozialer Sicherung auf privater Basis geregelt, d.h. dem Arbeitgeber war es überlassen, seinen Beschäftigten bei Krankheit oder Unfällen eine Unterstützung zu gewähren. Dies geschah jedoch freiwillig, und oft genug gerieten die Arbeiter mit ihren Angehörigen bei Krankheit oder Unglücksfällen in schwere wirtschaftliche Not.

Die deutsche Sozialversicherung (28) war das erste große Gesetz der Welt zum Schutze der Arbeitnehmer. Der Grundstein für eine soziale Versicherung im heutigen Sinn wurde mit der kaiserlichen Botschaft von 1881 gelegt; ihr folgten:

1883 das Gesetz über die Krankenversicherung der Arbeiter
1884 das Unfallversicherungsgesetz und
1889 das Gesetz über die Invaliditäts- und Altersversicherung.

Diese drei Gesetze wurden 1911 zu der in den Grundzügen heute noch gültigen Reichsversicherungsordnung (RVO) zusammengefaßt.
Mit den nachstehenden Ergänzungen und Verbesserungen erhielt das Gesetz im wesentlichen seine heutige Form:

1914 Einführung erweiterter Wochenhilfe
1930 Einführung des vertrauensärztlichen Dienstes
1932 Einführung der Familienpflege
1941 Leistungsverbesserung: Krankenpflege ohne zeitliche Begrenzung. Krankenversicherung der Rentner.
1949 Angleichungsgesetze
1955 Neufassung des Kassenarztrechtes
1957 Lohnfortzahlungsgesetz, Krankengelderhöhung, Arbeitgeberzuschüsse
1969 Mutterschaftshilfe.

Der Schwerpunkt, auch der gesetzlich geregelten Krankenversicherung lag von 1883 an zunächst auf der Sicherstellung der wirtschaftlichen Lage, das bedeutet, während der Krankheit wurde eine Zahlung von Lohnersatz gewährleistet. Damals waren nur etwa 15% der Bevölkerung zwangsweise versichert; es war also eine Versicherung für die Armen und Unbemittelten, für sie übernahm der Staat das Risiko der Krankheit, des Unfalls und der Invalidität.

Heute hat sich der Schwerpunkt der Aufgaben in der sozialen Krankenversicherung infolge der soziologischen Umschichtungen verlagert. Während, zu Beginn der Sozialversicherung, die bedeutendste Leistung das Krankengeld als Lohnersatz war, stehen heute, trotz Erhöhung des Krankengeldes die Sachleistungen weit im Vordergrund.

Das Verhältnis der Ausgaben für Krankenpflege und Krankengeld stellte sich wie folgt für die deutsche gesetzliche Krankenversicherung dar (34):

	Kpfl		Kgeld
1885	0,6	:	1
1925	1	:	1
1955	4	:	1
1961	3	:	1
1966	3,3	:	1

Der Versicherte ist also nicht nur vor unmittelbarer wirtschaftlicher Not geschützt, sondern die Sozialversicherung gewährleistet auch eine adäquate Krankenbehandlung, die geeignet sein soll, Gesundheit und Arbeitsfähigkeit wieder herzustellen.

Der Sozialversicherte gehört heute nicht mehr einem wurzellosen vierten Stand an: (Hartmannbund). Sondern rund 28 Millionen Personen mit 19 Millionen Familienangehörigen - das sind 85% der Bevölkerung - sind in der sozialen Krankenversicherung versichert. Und auch in der Unfallversicherung werden rund 27 Millionen Versicherte gegen die Folgen der Beeinträchtigung ihrer Arbeitskraft geschützt.

Einige Zahlen mögen verdeutlichen, welche Summen in jedem Jahr aufgewendet werden müssen, um den riesigen Verwaltungsapparat der Versicherungsträger mit 68 000 Angestellten zu finanzieren und die wirtschaftliche Sicherheit der Versicherten im Krankheitsfalle zu gewährleisten.
Die Reinausgaben für öffentliche Sozialleistungen sind in stetigem Anstieg begriffen; sie sind von 1927 bis 1965 von 10 bis auf 14% des Bruttosozialproduktes angewachsen, davon entfielen 3,6% auf die Krankenversicherung. Das ergibt 16 242 Mio DM an Reinausgaben, die für die Krankenversicherung aufgewendet werden.
Nach Untersuchungen des Internationalen Arbeitsamtes (1) in Genf ergibt sich, daß die Einnahmen und Ausgaben für die Sozialversicherung in der Bundesrepublik 20% des gesamten Volseinkommens ausmachen.

Die Ausgaben für Sozialleistungen werden je zu einem Drittel vom Versicherten, Arbeitgeber und dem Bund bestritten. Fast die ganze Bevölkerung trägt also über Beiträge und Steuern zur Aufbringung der Sozialleistungen bei.
Die Beitragsaufwendungen für den Versicherten sind nicht unerheblich: 9 - 10% des Einkommens werden kraft Gesetzes als Versicherungsbeitrag einbehalten. Damit steht Deutschland was die Höhe der Beiträge anbelangt an zweiter Stelle in der Welt und an erster in Europa.
Von dieser Regelung werden alle Arbeiter und Angestellten erfaßt.

Die Beiträge werden bis zu einer Beitragsbemessungsgrenze (28) von 900.-- DM prozentual vom Lohn abgezogen; die Beiträge sind also nach sozialen Gesichtspunkten gestaffelt, d.h., die Höhe der Beiträge richtet sich nicht nach dem zu versichernden Risiko, sondern nach der Leistungsfähigkeit des einzelnen Versicherten. Unter diesem Gesichtspunkt wird jedoch die Beitragsbemessungsgrenze als Mißstand gesehen.

Jungmann: "Der kleine Mann muß die Krankenversicherung des wirtschaftlich besser oder gutgestellten finanzieren - eine wahrhaft unsoziale und deshalb auch nicht länger vertretbare Situation" (11).

Jedoch werden die Leistungen unter Berücksichtigung sozialer Gesichtspunkte, wie z.B. des Familienstandes, gewährt und erfolgen nicht nach der Höhe der Beiträge. Ein lediger Versicherter zahlt dieselben Beiträge wie ein gleichverdienender Familienvater, bei dem Ehefrau und Kinder mitversichert sind.

Eine sinnvolle und rechtmäßige Verteilung der Gelder ist aber nur bei einer verantwortungsbewußten Haltung der Versicherten gewährleistet. Diese wird jedoch immer wieder, sowohl vom Versicherungsträger, als auch von außenstehenden, unparteiischen Beobachtern angezweifelt. Daß dieses Mißtrauen gerechtfertigt ist, erweist sich gerade in der gerichtsmedizinischen Praxis. Hier erlebt man so viel Mißbrauch der bestehenden Ordnung, daß es immer schwerer fällt, die bestehenden Zustände zu billigen.

Im Verlauf dieser Darstellung soll nun der Versuch unternommen werden, einige Ursachen für die bestehenden Mißstände aufzudecken, sowie Möglichkeiten und Wege aufzuzeigen, wie Realität und Optimum der Idee einander genähert werden könnten.

Hierbei muß noch gesagt werden, daß im Rahmen dieser Arbeit die Probleme der Unfall- und Rentenversicherung nicht berücksichtigt werden. Die folgenden Darstellungen beschränken sich auf die gesetzliche Krankenversicherung.

II. HAUPTTEIL

Rechtslage nach RVO und geltendem Recht

1. FÜR DEN VERSICHERUNGSTRÄGER:

(die folgenden Zahlen und Faktenangaben sind einer Übersicht über die soziale Sicherung in Deutschland entnommen, die vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung herausgegeben wurde) (34).

Die gesetzliche Krankenversicherung hat die Aufgabe, für einen Kreis von Pflichtversicherten oder freiwillig weiterversicherten Personen, die Kosten der Krankheit zu decken und den Einkommensausfall auszugleichen. Der Mitgliederstand belief sich am 1.7.1966 auf:

29,1 Mio Pflichtmitglieder
6,0 Mio Rentner und
5,1 Mio freiwillig Versicherte.

In den Personenkreis der ohne ihr Zutun Versicherten gehören:

Arbeitnehmer
Arbeitslose
Rentner
Lehrlinge.

Um den unterschiedlichen Bedürfnissen dieser großen Personengruppen gerecht zu werden, sind die Träger der Krankenversicherung einmal gegliedert nach den Erfordernissen der verschiedenen Berufszweige, und z.a. sind sie dezentralistisch organisiert. Partikularistische Interessen verhindern eine sinnvolle Zentralisierung, demzufolge sind Träger der Krankenversicherung 1965 Krankenkassen und Ersatzkassen.
Sämtliche Kassen und ihre Verbände sind Körperschaften des öffentlichen Rechts und erfüllen ihre Aufgaben hoheitlich; sie sind finanziell und organisatorisch

unabhängig und sind selbst verantwortlich für den Ausgleich von Einnahmen und Ausgaben. Sie stehen nur unter begrenzter staatlicher Aufsicht.

Sie sind gegliedert in:

402 Ortskrankenkassen (allgemeine Krankenkassen)
102 Landkrankenkassen für die Landwirtschaft
1260 Betriebskrankenkassen für größere Betriebe
177 Innungskrankenkassen für das Handwerk
1 Seekrankenkasse für die auf Seeschiffen Beschäftigten
8 Träger der knappschaftl. Versicherung für Bergwerksarbeiter
7 Ersatzkassen für Angestellte
8 Ersatzkassen für Arbeiter

Zur Wahrnehmung überbezirklicher und gemeinsamer Interessen sind die Krankenkassen zu Kassenverbänden zusammengeschlossen:

Bundesverband der Ortskrankenkassen in Bad Godesberg
" " Landkrankenkassen in Hannover
" " Betriebskrankenkassen in Essen
" " Innungskrankenkassen in Köln
Verband der Arbeiterersatzkassen in Hamburg
" " Angestelltenersatzkassen in Hamburg
Arbeitsgemeinschaft der Knappschaften in Bochum
" für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherung in Frankfurt.

Um das Gefühl der Solidarität der Versicherten zu stärken, und um die eigenen Belange selbst zu vertreten, wirken Vertreter der Versicherten in fast allen Sozialleistungsbereichen mit. Am ausgeprägtesten haben wir dieses Prinzip in der gesetzlichen Selbstverwaltung der Sozialversicherungsträger verwirklicht (Selbstverwaltungsgesetz vom 22.2.1951 BGBl. I S. 827; zuletzt geändert durch das Gesetz vom 19.7.1965, BGBl. I S. 618).

Organe der Selbstverwaltung sind die Vertreterversammlung und der Vorstand.

Diese sind im Allgemeinen paritätisch mit Vertretern der Arbeitgeber und der Versicherten besetzt. Die Mitglieder von Vertreterversammlung und Vorstand sind ehrenamtlich tätig. Die laufenden Geschäfte aber erfordern eine hauptamtlich tätige Geschäftsführung.

Die Organe des Versicherungsträgers bestimmen im Rahmen von Gesetz und Satzung den Gang der Verwaltung. Sie entscheiden über Leistung und Forderungen des Versicherungsträgers.

Die Aufsicht über die Sozialversicherungsträger führen die Arbeitsminister bzw. die Senatoren für Arbeit der Länder. Das Aufsichtsrecht beschränkt sich jedoch darauf, daß Gesetz und Satzung beachtet werden. Bei Verweigerung einer Leistung durch einen Sozialversicherungsträger kann der Anspruchsberechtigte Klage beim Sozialgericht erheben. Die Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit entscheiden über öffentlich-rechtliche Streitigkeiten in Angelegenheiten der Sozialversicherung.

Das Bundessozialgericht als oberste und letzte Instanz hat mit 12 Senaten seinen Sitz in Kassel. Außerdem besteht in jedem Bundesland ein Landessozialgericht, das sind also insgesamt 11 Landessozialgerichte, denen 50 Sozialgerichte untergeordnet sind, die der Dienstaufsicht der Länder unterstehen. Hier haben die Versicherten die Möglichkeit, ihre Leistungsansprüche notfalls vor Gericht geltend zu machen. Hierzu ist jedoch zu sagen, daß die Anzahl der Klagen einen kontinuierlichen Rückgang zeigt. Während im Jahre 1955 vor den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit noch 405 000 Klagen anhängig waren, belief sich die Zahl zu Beginn des Jahres 1966 nur noch auf 164 000 (34). Daraus kann wohl geschlossen werden, daß die Angelegenheiten immer mehr im Sinne der Versicherten und zu Gunsten der Versicherten erledigt werden.

Die von der Krankenversicherung zu gewährenden Leistungen sind in der RVO festgelegt. Dort wird unterschieden zwischen Geldleistungen und Sachleistungen. Die Geldleistungen werden als Ersatz für Arbeitslohn oder Gehalt bezahlt und folglich nur dann gewährt, wenn tatsächlich Lohnausfall eintritt. Geldleistungen werden also weder Rentnern noch Familienangehörigen gewährt.

Sachleistungen sind im § 182 RVO definiert, ihre Gewährung entspricht dem Naturalleistungsprinzip. Die Krankenkasse bietet dem Versicherten ärztliche bzw. zahnärztliche Behandlung, Arzneien, sowie große und kleine Heilmittel.

Der objektive Bedarf des Versicherten ist Maßstab für Umfang und Art der Sachleistung. Diese müssen zweckmäßig und ausreichend sein, sie dürfen jedoch das Maß des Notwendigen nicht übersteigen. Dieser Grundsatz gilt für alle Leistungen.

Außerdem wird noch zwischen Pflicht- und Ermessensleistungen unterschieden. Bestimmte Leistungen, die man Regelleistungen nennt, dürfen von keiner Kasse unterschritten oder versagt werden.

Zu den Ermessensleistungen der Kasse, auf die jedoch im Laufe der letzten Jahre immer mehr Nachdruck gelegt wird, gehören die Maßnahmen der Krankheitsvorsorge und Krankheitsverhütung. Hierzu rechnen u.a. die gesundheitliche Aufklärung der Versicherten über Hygiene und Krankheitsgefahren, Reihenuntersuchungen und Schutzimpfungen.

2. RECHTSLAGE FÜR DEN ARZT

Die Zahl der Nichtkassenärzte ist gering, somit kann ich mich in den folgenden Ausführungen auf das Kassenarztrecht beschränken.

Der Arzt ist, als Kassenarzt, nur seiner Kassenärztlichen Vereinigung, dem gesetzlichen Zusammenschluß aller Kassenärzte gemäß §§ 368 ff. RVO, verantwortlich; er hat sich an die Bestimmungen der RVO und des Kassenarztrechts zu halten.

Zum anderen muß sein Handeln als Arzt im Einklang mit der ethischen Berufsaufgabe des Arztes stehen, den Menschen, wenn möglich, vor Krankheit zu bewahren, oder sein Leiden zu lindern oder zu heilen. Pflichten, die auch in den ärztlichen Berufsordnungen niedergelegt sind.

Auf Grund des verfassungsmäßig festgelegten Selbstbestimmungsrechtes jedes Menschen und seines im Grundgesetz garantierten Rechtes auf körperliche Unversehrtheit, ergibt sich für den Patienten, daß er Art und Umfang seiner Behandlung selbst bestimmen kann.

Jede Behandlung zu Heilzwecken erfüllt aber nach heute geltender Rechtsprechung den Tatbestand der Körperverletzung. Der Arzt bedarf also eines rechtfertigenden Grundes, um in dieses Persönlichkeitsrecht einzugreifen. Diese Rechtfertigung erhält der Arzt im allgemeinen durch die Zustimmung des Patienten.
Eine Heilbehandlung muß also, um rechtmäßig zu sein, nicht nur indiziert und lege artis durchgeführt worden sein, sondern es muß auch die Einwilligung des Patienten vorliegen.

Dabei ist die Einwilligung erst dann rechtswirksam, wenn der Patient vom Arzt zuvor ausreichend über Art und Umfang seiner Behandlung unterrichtet worden ist. Als 'ausreichend' wird eine Aufklärung dann erachtet, wenn sie dem Patienten erlaubt, Bedeutung, Gefahren und Folgen des Eingriffs zu erkennen. Die Aufklärung muß in groben Zügen erfolgen und dem Bildungsniveau des Patienten angepaßt sein.

Der Arzt hat auch auf mögliche Komplikationen, z.B. einer Operation hinzuweisen, dabei ist er allerdings nicht verpflichtet auf 'alle nur möglichen Folgen' hinzuweisen, sondern er kann sich nach der Rechtsprechung des BGH auf solche Gefahren beschränken, die ein verständiger Patient in seiner Lage für seinen Willensentschluß als bedeutsam ansehen würde. In diesem Fall ist die Hinweispflicht von der Komplikationsdichte, außerdem vom Beruf und vom

allgemeinen Gesundheitszustand des Patienten abhängig.
Was die Aufklärungspflicht des Arztes anbelangt gibt es eine Reihe von Urteilen des BGH, von denen das sogenannte "Elektroschockurteil" vom 10.7.1954 und das "Myomurteil" vom 28.11.1957 besonders heftig diskutiert wurden (32).

Zur ärztlichen Behandlung von Sozialversicherten sind, von Notfällen abgesehen, nur sogenannte Kassenärzte zugelassen. Sie bilden die Kassenärztliche Vereinigung. Nach den im Grundgesetz und in der Zulassungsordnung für Ärzte festgelegten Richtlinien, wird jeder Arzt, der die formalen Voraussetzungen erfüllt, zur kassenärztlichen Tätigkeit zugelassen. Die Vergütung für die ärztliche Tätigkeit wird zwischen Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung vertraglich vereinbart. Von den OKK, LKK, BKK und IKK wird die ärztliche Tätigkeit zum großen Teil noch nach einer Kopfpauschale abgegolten (§ 368 ff. Abs.2 u. 3 RVO), Ersatzkassen bezahlen nach Einzelleistungen.

Mißstände, die sich durch das Verhalten der Ärzte ergeben:

Dieses eben genannte, zur Zeit noch allgemein angewandte Kostenerstattungsprinzip birgt bereits eine nicht zu unterschätzende Gefahr. Solange die Bezahlung allein von der Anzahl der eingereichten Scheine abhängt, ist dies eine ständige Verführung zum Mißbrauch durch den Arzt. Hierzu ist zu sagen, daß diese Ärzte nicht nur gegen die Ethik des Arztes verstoßen, sondern auch gegen § 278 StGB, welcher besagt, daß Ärzte, die wissentlich ein unrichtiges Gesundheitszeugnis ausstellen, mit Gefängnis bis zu zwei Jahren bestraft werden. Hinzu kommt, daß in einer kapitalistischen Gesellschaft, mit frei praktizierenden Ärzten, eine intensiv betriebene Präventivmedizin zu dem ausgeprägten Erwerbsstreben der Ärzte in krassem Gegensatz steht.
Andererseits muß auch gesagt werden, daß das derzeitige RVO-System, das vom Krankheitsbegriff getragen wird, einer Prävention entgegensteht; die Krebsvorsorge und Diabetikerüberwachung sind Ausnahmeregelungen.

Auch bei uns sollte die Verantwortung der Ärzte für die Gesundheit der Patienten weit mehr als bisher ins Bewußtsein treten.
Als historische Reminiszens sei angemerkt, daß die Ärzte im alten China - wenn die Legende wahr ist - von jedem ihrer Patienten ein monatliches Honorar erhielten, dessen Zahlung eingestellt wurde, sobald den Patienten eine Krankheit befiel. Erst wenn er kuriert war, setzte er die Zuwendungen fort.

Im Idealfall könnte man sich vorstellen, daß in einem Staat mit sozialisierter Ärzteschaft nicht der Arzt den höchsten Verdienst hat, der die meisten Patienten behandelt, sondern derjenige, der in seinem Bezirk die wenigsten Patienten zu behandeln braucht, weil er ihr Krankwerden durch vernünftige Prävention verhindert hat.

Ob dies allerdings möglich ist, muß der Zukunft überlassen werden. Es gibt Zweifler, die, auf Grund der Erfahrungen mit den bereits bestehenden Formen einer Sozialisierung der Ärzteschaft, den Indealfall nicht für möglich halten. Immerhin sollen in der UDSSR Touristen aus westlichen Ländern in staatlichen Krankenhäusern kostenlos operiert worden sein, und in England sollen die Patienten erstklassige ärztliche Hilfe über die staatliche Organisation erhalten, während eine Appendektomie in Westdeutschland für den Privatpatienten eines Ordinarius unter Umständen 1500.-- DM kostet. Die Bedeutung der Prävention für den Bereich der Zahnmedizin betonte Mühlemann von der Zahnklinik in Zürich auf dem letzten Zahnärztekongreß in Berlin mit folgenden Worten: "Die Zahnärzte sind dazu da, um Zahnkrankheiten zu heilen, aber auch, um Methoden zu finden, die ihr Auftreten verhüten und damit den Zahnarzt unnötig machen."

Um wenigstens einen Schritt in dieser Richtung zu tun, sollten die Sparten der Medizin, die sich im weitesten Sinne mit Prävention befassen, intensiviert werden. Hierbei wäre zu denken an: die Arbeit der Betriebsärzte, an Förderung der Arbeitsbedingungen der Sozialmedizin und Sozialen Psychiatrie sowie des öffentlichen Gesundheitsdienstes.

3. RECHTSLAGE FÜR DEN VERSICHERTEN

Die Haltung des Versicherten wird weitgehend durch seine gesetzlich verankerten Rechte und Pflichten bestimmt; und er kann zunächst Rechte geltend machen. Im Versicherungswesen sind Rechte und Pflichten einmal in der Reichsversicherungsordnung verankert, zum anderen sind sie von den im Grundgesetz garantierten Rechten abzuleiten.

GG Art. 1 Die Würde des Menschen ist unantastbar.
GG Art. 2 Jedem steht das Recht auf körperliche Unversehrtheit zu.
GG Art. 28 Die Bundesrepublik ist ein sozialer Rechtsstaat.

Laut § 182 der Reichsversicherungsordnung hat der Versicherte im Krankheitsfall Anspruch auf Krankenhilfe. Unter diesem Begriff sind alle Leistungen zusammengefaßt, die im Krankheitsfalle gewährt werden, wie:

ambulante Krankenpflege (umfaßt alle Sachleistungen)
stationäre Krankenhausbehandlung und
Krankengeld im Falle der Arbeitsunfähigkeit.

Diese Leistungen sind Regelleistungen, dementsprechend haben alle Versicherten darauf einen Rechtsanspruch.
Das Krankengeld wird höchstens 78 Wochen innerhalb von 3 Jahren gewährt, dann muß Rente wegen Erwerbsunfähigkeit oder Altersruhegeld von einem Rentenversicherungsträger zugebilligt werden.

Seit dem "Gesetz zur Verbesserung der wirtschaftlichen Sicherung der Arbeiter im Krankheitsfalle" vom 26.6.1957 wird auch den Arbeitern diese Lohnfortzahlung von fast 90% des Regellohns in vollem Umfang bezahlt.

Nach § 182 Abs. 2 RVO
"muß die Krankenpflege zweckmäßig und ausreichend sein, sie darf jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten".

Ebenso § 368 e RVO
"Der Versicherte hat Anspruch auf die ärztliche Versorgung, die zur Heilung oder Linderung nach den Regeln der ärztlichen Kunst zweckmäßig und ausreichend ist. Leistungen, die für die Erzielung des Heilerfolgs nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, kann der Versicherte nicht beanspruchen".

Außerdem gewährt die Kasse Maßnahmen zur Krankheitsverhütung.

§ 187 Abs. 4 RVO
"Die Satzung kann mit Zustimmung des Oberversicherungsamtes Maßnahmen zur Verhütung von Erkrankungen der einzelnen Kassenmitglieder vorsehen".

Diese Leistungen gehören jedoch zu den sogenannten Mehrleistungen und müssen extra genehmigt werden.

Dieser § 187 Abs. 4 RVO betrifft Präventionsmaßnahmen für einzelne Kassenmitglieder; hierunter fallen z.B.:

orthopädisches Turnen
Kieferregulierungen
vorbeugende Kuren.

Außerdem sieht die RVO in ihrem § 363 noch allgemeine Krankheitsverhütungsmaßnahmen für ganze Bevölkerungsgruppen vor. Hierzu gehören u.a. Reihen- und Vorsorgeuntersuchungen und Entseuchungen von Wohnungen und Kleidern.

Jedoch sind alle diese Maßnahmen zur Gesunderhaltung bisher "Mehrleistungen" oder "Kannleistungen" der Versicherung. Da es aber auch im Sinne des Versicherungsträgers ist, eine Krankheit schon im Anfangsstadium zu erfassen und zu bekämpfen, wird auf diese Leistungen auch von Seiten der Versicherung immer mehr Wert gelegt.

Die oben genannten Bestimmungen legen also genauestens fest, welche Leistungen der Versicherungsträger im Rahmen der Satzung zu gewähren verpflichtet ist.

Wer kommt nun in den Genuß dieser Leistungen?
Doch in erster Linie - von den Vorsorgemaßnahmen abgesehen - der kranke Mensch, "der den Arzt in seiner Not aufsucht" Weizsäcker (45).

Hier ist es nun notwendig eine genaue Definition der Krankheit im versicherungsrechtlichen Sinn zu geben. Dieser unterscheidet sich nämlich wesentlich vom medizinischen Begriff der Krankheit, wie er von der Weltgesundheitsorganisation formuliert wurde. Sie versteht unter Krankheit "jede Beeinträchtigung des Wohlbefindens".

Krankheit im versicherungsrechtlichen Sinn ist aber ein "regelwidriger körperlicher oder geistiger Zustand, der die Notwendigkeit einer Heilbehandlung oder die Arbeitsunfähigkeit oder beides zur Folge hat".

Oder laut BGH:
"Krankheit ist eine Störung der normalen Tätigkeit des Körpers, die geheilt, d.h. beseitigt oder gelindert werden kann."

Ein Urteil des 2. Senats des BSG vom 31.5.67 sagt über den Beginn einer Erkrankung im versicherungsrechtlichen Sinn folgendes:
"Der Versicherungsfall tritt dann ein, wenn wegen der Erkrankung die Aufgabe der beruflichen Beschäftigung notwendig ist."

Für die Krankheit im versicherungsrechtlichen Sinn sind also die entscheidenden Faktoren:

a) die augenblickliche Behandlungsbedürftigkeit und
b) die Erfolgsaussicht der Behandlung im Sinne einer Heilung oder Linderung.

Dieser Grundsatz wird jedoch nicht mehr so eng gehandhabt wie früher, auch Vorsorge- und Krankheitsverhütungsmaßnahmen werden mit weitergehendem medizinischem Fortschritt großzügiger gewährt.

Nun kommen wir zu den Maßnahmen, die der Versicherte zu ergreifen, bzw. zu erdulden hat.
Nach einer Reichsgerichtsentscheidung von 1894 kann der Versicherte "Inhalt und Umfang der ärztlichen Tätigkeit selbst bestimmen".
Er muß jedoch nach P a l a n d t, Kommentar zum BGB (24) "die Maßnahmen ergreifen, die ein ordentlicher Mensch zur Schadensminderung ergreifen würde."

Damit wird der Grundsatz des § 254 II BGB, der für das Schadensersatzrecht gilt, auch auf das Sozialversicherungsrecht angewandt. Gemeint ist hiermit, daß der Patient seine Genesung nicht künstlich durch Leichtsinn oder Unvernunft hinauszögern darf, denn damit würde er die Leistungen der Versicherung auf Kosten der anderen Mitglieder der Versicherungsgemeinschaft in ungebührendem Maße in Anspruch nehmen. Der Versicherte hat im Gegenteil die Pficht, alles in seiner Macht stehende zu tun, um zu seiner baldmöglichsten Genesung beizutragen, und alles zu unterlassen, was dem Heilverlauf schaden könnte.

In diesem Sinne muß man also zu allen Rechten, die die Versicherten für sich in Anspruch nehmen können einschränkend sagen:
Die Versicherten müssen sich wieder auf die Grenzen ihrer Freiheitsrechte besinnen; diese sind gegeben durch die notwendige Rücksicht auf Staat und Gemeinschaft der Versicherten. Es gibt kein Freiheitsrecht, das nicht insoweit eine Einschränkung hätte.

So GG Art. 2:
"Keiner darf die Rechte anderer verletzen, niemand darf gegen die verfassungsmäßige Ordnung verstoßen."

Freiheitsrechte haben als Wesentlichstes ein Komplementärelement höchster Verpflichtung zur Rücksichtnahme auf die Freiheitsrechte aller anderen.

Die Sozialversicherungsgesetze enthalten keine Bestimmungen, wonach der Versicherte gegen seinen Willen zu einer Heilbehandlung oder zur Duldung gewisser Eingriffe in seine körperliche Unversehrtheit gezwungen werden kann. Jedoch kann die Gewährung von Leistungen davon abhängig gemacht werden, daß sich der Versicherte an die vom Versicherungsträger in der RVO niedergelegten Bestimmungen hält und die Weisungen von Krankenkasse und behandelndem Arzt befolgt. Dabei hat der Versicherte folgendes zu beachten:

1.) hat sich der Versicherte nach § 187b RVO vor Krankmeldung einen Krankenschein zu besorgen; in dringenden Fällen kann er nach § 187c RVO ausnahmsweise nachgeliefert werden.

2.) hat der Versicherte einen der für seinen Bezirk zuständigen Kassenärzte zu konsultieren.

Wird nach § 368d RVO "ein anderer als einer der nächsterreichbaren Kassenärzte oder Krankenhausärzte in Anspruch genommen, so hat der Versicherte die Mehrkosten zu tragen".

3.) kann dem Versicherten nach § 192 RVO Krankengeld ganz oder teilweise versagt werden, wenn er die Vorladung zum Vertrauensarzt nicht befolgt, wenn er den Anweisungen des behandelnden Arztes nicht Folge leistet, oder wenn er sich eine Krankheit vorsätzlich oder durch schuldhafte Beteiligung an Schlägereien oder Raufhändeln zugezogen hat. Außerdem kann der Vorstand der Kasse laut § 529 RVO gegen einen Versicherten, der die Krankenordnung oder die Anordnungen des behandelnden Arztes übertritt, Strafen bis zum dreifachen Betrage des Krankengeldes für jeden Übertretungsfall festsetzen.

Um in den Genuß der Leistungen der Kasse zu kommen, muß sich der Versicherte jedoch nicht nur an diese rein formalen Bestimmungen halten. Mittelbar, nämlich durch die wirtschaftlichen Folgen, die sich aus einer Weigerung ergeben, ist er doch gezwungen, Eingriffe in seine körperliche Unversehrtheit zu dulden. Im Falle der Verweigerung einer vom Arzt vorgesehenen Heilbehandlung können nämlich die Leistungen ganz oder teilweise entzogen werden.

Hierzu ist noch zu sagen, daß die für den Arzt im allgemeinen gültige Schweigepflicht nicht für den Kassenarzt gegenüber der zuständigen Krankenkasse gilt.

Nach dem Bundesmantelvertrag und gemäß § 368g Abs. 2a RVO besteht für die Kassenärzte Auskunftspflicht gegenüber den Krankenkassen, um diesen eine Beurteilung ihrer Leistungsverpflichtung zu ermöglichen.
Möllhoff: "Die Aussage des Arztes muß der Kasse eine Beurteilung der Behandlungsbedürftigkeit, der therapeutischen Situation, sowie der Arbeitsfähigkeit ermöglichen" (20).

Die oben genannten Rechtsverluste bei Ablehnung einer vom Arzt verordneten Behandlung treten allerdings nur dann ein, wenn der Versicherte einen zumutbaren Eingriff ablehnt.

§ 1243 Abs. 1 RVO:
"Dem Versicherten kann die Rente wegen Erwerbsunfähigkeit oder Berufsunfähigkeit versagt werden, wenn er sich ohne triftigen Grund einer zumutbaren Rehabilitationsmaßnahme entzieht."

In der RVO ist dabei die Zumutbarkeit einer Heilbehandlung wie folgt festgelegt:

§ 1243 Abs. 4 RVO:
"Nicht zumutbar ist eine Heilbehandlung, die mit einer erheblichen Gefahr für Leben und Gesundheit des Versicherten verbunden ist; eine Operation auch dann, wenn sie einen erheblichen Eingriff bedeutet.

Was die objektive Zumutbarkeit und Duldungspflicht einer Operation angeht, so ist sie von folgenden Faktoren abhängig:
Sie muß gefahrlos und schmerzlos verlaufen, und sie muß Aussicht auf Erfolg haben, d.h. durch den Eingriff muß mit hinreichender Sicherheit eine Minderung oder Besserung des Leidens erzielt werden. Ob eine Heilbehandlung im Einzelfall als zumutbar erachtet wird, ist eine Ermessensfrage und wird vom Versicherungsträger entschieden. Einige Entscheidungen des BSG mögen als Beispiele gelten:

1.) Die Weigerung eines, in ein Krankenhaus eingelieferten Versicherten, sich zur Sicherung der Diagnose einer Tbc-Einspritzung zu unterziehen, kann für die Dauer der Weigerung den Verlust der Krankenhilfe bedeuten. AN, 1931.

2.) Weigert sich ein Versicherter, der von der Krankenkasse verfügten Einweisung in ein Krankenhaus Folge zu leisten, so verliert er jeden rechtlichen Anspruch auf ambulante Krankenbehandlung und Krankengeld. Das Gleiche tritt ein, wenn der Versicherte das Krankenhaus eigenmächtig, gegen den Willen des behandelnden Arztes verläßt, oder wenn er wegen Verstoßes gegen die Hausordnung entlassen wird.

3.) Die Verweigerung einer Lumbalpunktion dagegen, die einen schwerwiegenden Eingriff darstellt, berührt den Leistungsanspruch nicht. AN, 1930.

4.) Die Fingeramputation ist für eine Klavierlehrerin keine zumutbare Operation. Unter Berücksichtigung des Berufes handelt es sich um einen schwerwiegenden Eingriff. Die Gewährung von Leistungen kann in diesem Fall nicht von der Einwilligung zur Operation abhängig gemacht werden.

Wir sehen also, daß dem Versicherten im Krankheitsfalle jede mögliche und nötige Hilfe zugebilligt wird, allerdings unter der Bedingung, daß er sich verhält, wie dies ein "ordentlicher und verständiger Mensch in seiner Lage tun würde" (24).

Entspricht nun das Verhalten der Versicherten dieser Anforderung? Übernehmen die Versicherten die Pflichten, die sie übernehmen müßten, damit unser System der sozialen Krankenversicherung ohne Mißbrauch funktionieren kann?
In der Öffentlichkeit ist viel die Rede von den Pflichten des Versicherers und den Pflichten der Ärzte, und was die Versicherten anbelangt, so werden die Rechte großgeschrieben und immer mehr erweitert und ausgebaut.

Hier soll nun das Verhalten der Versicherten untersucht werden, um daran zu zeigen, inwieweit es den Aufgaben und Pflichten gerecht wird, die das Solidaritätsprinzip fordert.

Untersuchung des Verhaltens der Versicherten

Seit beinahe 100 Jahren wird ein immer größer werdender Prozentsatz der Bevölkerung im Sinne dieser Vereinbarungen, Bestimmungen und Gesetze vor den Risiken der Krankheit und der Invalidität geschützt.

Die Ausgaben für die Sozialversicherung haben sich in dieser Zeit vervielfacht, die Morbiditätsziffern und Arbeitsunfähigkeitstage sind in ständigem Anwachsen begriffen.

Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Personen:

1933	37,7
1935	43,0
1937	44,8
1952	55,4
1953	60,2
1954	57,4
1955	65,6
1956	68,8

Diese Zahlen entstammen einer Veröffentlichung des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung aus dem Jahre 1956. Sie basieren auf statistischen Erhebungen, denen das Material aller gesetzlichen Krankenversicherungen zugrunde lag (34).

Dieser Morbiditätsanstieg mit den damit verbundenen, ständig anwachsenden Ausgaben der Sozialversicherung bestätigt in eindrucksvoller Weise den Satz Thiedings:
"Das Freisein von Krankheit erfordert einen erheblichen Aufwand der Zivilisation. Gesundheit ist kein Geschenk der Natur, sie muß teuer erkauft werden" (41).

Mauz sagt hierzu: "Gesund ist man nicht, sondern man wird es, indem man sich täglich auf's Neue dazu entschließt" (17). Und aus dieser Erkenntnis ergibt sich für Kellner die Frage: "Unter welchen Bedingungen entschließt man sich, gesund zu werden?" (12).
Er sieht die Ursache für den hohen und steigenden Krankenstand primär in den gegebenen Arbeitsbedingungen, im "Betriebsklima" begründet. Dies ist jedoch nur ein Punkt in einem Mosaik von Faktoren, die für den Morbiditätsanstieg verantwortlich zu machen sind.

Da dieser Morbiditätsanstieg auch in Ländern mit weniger guter Sicherung im Krankheitsfalle beobachtet wird, ist er zum Teil wohl bedingt durch die in den letzten 100 Jahren so völlig veränderten Lebens- und Arbeitsbedingungen.

Eine Erklärung bringt schon die Alterspyramide in unseren hoch zivilisierten Ländern. Die Infektionskrankheiten haben ihre führende Rolle als Lebensverkürzer eingebüßt und die Verlängerung des Lebens wird oft durch langes Siechtum erkauft.

Moderne, intensive Arbeitssituation, moderne Wohnverhältnisse, Verkehrs- und Lärmprobleme, Verunreinigung von Luft und Wasser, sowie die allgemeine

Reizüberflutung, Fehlernährung und Genuß- und Arzneimittelmißbrauch sind nach Soballa Ursache für die ansteigende Morbidität (38).

Die Flucht in die Krankheit kann auch als Ausdruck des eigenen Versagens in der Gesellschaft verstanden werden.

Aber auch, wenn man alle diese Gesichtspunkte berücksichtigt, so vermögen sie allein doch nicht, die Morbiditätssteigerung zu erklären. Diese ist zu einem guten Teil Folge des Fehlverhaltens der Versicherten, eine Folge der veränderten Einstellung des Menschen zu seiner Arbeit in den hochindustrialisierten Ländern.

Um nur ein Beispiel zu nennen, das diese Ansicht belegen soll, möchte ich darauf hinweisen, daß, nachdem am 26.6.1957 das "Gesetz zur besseren wirtschaftlichen Sicherung der Arbeiter im Krankheitsfall" verabschiedet war, von den OKK in allen Teilen der Bundesrepublik ein sprunghafter Anstieg der Krankmeldungen zu verzeichnen war. FAZ vom 29.7.1957.
"Die Vermutung liegt nahe, daß das mit dem Inkrafttreten des neuen Gesetzes zusammenhängt, wonach auch den Arbeitern 90% des Nettogehaltes ausbezahlt werden soll."
Laut BGbl 67/69 vom 30.7.1969 sollen ab 1.1.1970 für die ersten sechs Wochen sogar 100% des Regellohns bezahlt werden.

Mit steigendem Lebensstandard ist das Streben der Bevölkerung nach sozialer Sicherheit immer intensiver, dabei jedoch die Bereitschaft des Einzelnen, sich der Allgemeinheit gegenüber sozial und verantwortlich zu verhalten, geringer geworden.

Daß auch andere Länder, mit ähnlicher sozialer Struktur diese Probleme haben, zeigt Birkhäuser in einer Abhandlung, die in den Schweizer Monatsheften veröffentlicht wurde. Er nennt die ungerechtfertigte Nutzung der ärztlichen Dienste "surconsommation medicale" und schreibt:
"Beim heutigen Stand der naturwissenschaftlichen Heilkunde (mit Aussicht auf weitergehende Fortschritte) ist die Allgemeinheit mit Sicherheit überfordert, wenn sie nicht nur für die 'consommation medicale', sondern auch noch für die 'surconsommation medicale' aufkommen muß" (4).

Unterstützt wurde diese Tendenz zur übermäßigen Inanspruchnahme sozialer Leistungen noch durch die sozialpolitische Haltung der Regierung, bzw. der Parteien; die Sozialversicherung ist ein Instrument zur Erfüllung sozialpolitischer Aufgaben, und sie war eine beliebte Möglichkeit für die Parteien, ihre soziale Gesinnung unter Beweis zu stellen. Durch Gewährung

immer neuer Vorteile für die Versicherten, verfolgten sie das Ziel, Wähler für sich zu gewinnen. Dabei muß deutlich darauf hingewiesen werden, wie sehr unsere Krankenversicherung zu einem Gesundheitsdienst sozialistischer Prägung hintendiert.

Dazu Hadrich:
"Abschließend ist zu sagen, daß der Gesetzgeber anscheinend Gefallen daran gefunden hat, bei der Abfassung und Verabschiedung von Gesetzen Wohltaten einzubauen, deren Arbeit und Kosten im wesentlichen andere Leute zu tragen haben" (8).

Hierzu schreibt Sergio Ricossa, vom wirtschaftswissenschaftlichen Institut der Universität Turin, in der FAZ vom 28.6.1968:
"Der Wohlfahrtsstaat weiß in Wirklichkeit nicht, von wem er das Geld nimmt. Die Öffentlichkeit sollte lernen, die Schwierigkeiten des Wohlfahrtsstaates zu erkennen, und zwischen Wirklichkeit und Illusion zu unterscheiden" (29).

Hier erhebt sich nun die Frage, auf welchem Wege bisher der 'surconsommation medicale' vorgebeugt wurde.

Da wären erstens die Bestimmungen der Reichsversicherungsordnung zu nennen (§§ 182-184, § 192 und § 1243 RVO), die die Sozialversicherungsträger vor einem Mißbrauch ihrer zur Verfügung gestellten Mittel schützen sollen.

Sucht man jedoch in den Entscheidungssammlungen des Bundessozialgerichts nach Entscheidungen zu den einschlägigen Paragraphen, so muß man feststellen, daß es keine gibt. Dies ist ein Zeichen dafür, daß von diesen Paragraphen kaum Gebrauch gemacht wird, und somit von dieser Seite praktisch kein Druck ausgeübt wird.

Auch der Vertrauensärztliche Dienst, dessen Aufgaben und Befugnisse in § 369 der RVO und in den "Richtlinien für die Tätigkeit des VäD" niedergelegt sind, vermag in der bisherigen Form offenbar nicht, eine gerechte Verteilung der Gelder der Sozialversicherung zu gewährleisten. Die Unterhaltung des Vertrauensärztlichen Dienstes erfolgt als Gemeinschaftsaufgabe der Krankenkassen und der LVA. Sie wurde 1930 neu gefaßt. Die Vertragspartner erhofften sich u.a. von seiner Installierung eine Erleichterung und Versachlichung der Beziehungen zwischen Kassen und Versicherten; der Vertrauensarzt sollte eine Mittlerrolle einnehmen. Aus diesem Grunde wurden die Vertrauensärzte Bedienstete der LVA, sie haben die Krankenkassen bei der Erfüllung ihrer Aufgaben zu beraten. Leider zeigte sich nun, daß "die Ausgaben für den Vertrauensärztlichen Dienst von 1949 - 1957 um 147% anstiegen; eine Herabsetzung der Arbeitsunfähigkeitszahlen wurde jedoch nicht erreicht" (41).

Die soziale Krankenversicherung in der heutigen Form steht und fällt also mit dem Verantwortungsbewußtsein von Arzt und Versicherten. Jedem Bürger wird im Sozialstaat ein Höchstmaß an sozialer Sicherheit geboten. Aber es muß auch von jedem Einzelnen ein soziales Verhalten gegenüber der Allgemeinheit erwartet werden.
Schulten ist jedoch der Ansicht, daß auf dieser Idealvorstellung heute keine Versicherung mehr basieren kann:

"Die heutige Regelung (der sozialen Krankenversicherung) ist nur durch eine Verkennung primitivster psychologischer Tatbestände zu erklären. Die Begehrlichkeit des Patienten ist ohne Gegengewicht und ohne Maß. Es gilt, das System den Menschen anzupassen, und nicht umgekehrt!" (37).

Ganz pauschal kann wohl gesagt werden, daß sich die Versicherten nicht mehr als Mitglieder einer Solidargemeinschaft sehen. Im Gegenteil betrachten sie die soziale Krankenversicherung als eine anonyme Organisation und versuchen, für ihre Beiträge alles menschenmögliche herauszuholen. "Der junge Arbeiter ist darauf bedacht, aus der Sozialversicherung alles herauszuholen, was drinsitzt. Die hohe Zeit der Arbeitersolidarität ist vorbei!" (3).

Die Annahme, der Mensch sei an seiner Gesundheit und der damit verbundenen Arbeitsfähigkeit interessiert, erweist sich in vielen Fällen als falsch.

So beschreibt Koslowski eine Behandlungsmethode, die ihm ermöglichte, Knochenbrüche in wesentlich kürzerer Zeit zu heilen. Hier mußte er nun feststellen, daß er dabei mit dem erbitterten Widerstand seiner so behandelten Patienten zu rechnen hatte (14). Sie fühlten sich gegenüber denen im Nachteil, die länger krank sein "durften".

Die Erfahrung, daß die Versicherung oft unberechtigt und in ungewöhnlich hohem Maße in Anspruch genommen wird, erhärtet die Tatsache, daß sich "ärztliche Inanspruchnahme und Arbeitsunfähigkeitserklärungen schlagartig ändern, wenn die Sicherheit des Arbeitsplatzes bedroht ist" (10). Diese Feststellung konnte Häussler durch Zahlenmaterial belegen, das er bei fünfjähriger Beobachtung mehrerer großer Betriebskrankenkassen gesammelt hatte. Der Befürchtung, daß ein nachhaltiger Rückgang der Fehlzeiten und der Krankenstände eine Vernachlässigung der Gesundheit aus Sorge um den Arbeitsplatz bedeute, kann man wohl die Worte Pott's entgegenhalten:
"Wenn man auf Grund des sinkenden Krankenstandes von einer gesundheitspolitischen Angsterscheinung spricht, die uns in Zukunft teuer zu stehen kom-

men wird, so ist dem entgegen zu halten, daß der Krankenstand ja keineswegs aufregend nieder ist" (26).

Um nun aber neue Mittel und Wege zu finden, wie der 'surconsommation medicale' wirksam Einhalt geboten werden kann, müssen zunächst die Arten der mißbräuchlichen Inanspruchnahme durchleuchtet werden. Es muß eine Antwort gefunden werden auf die Frage:
von welchen Personen oder Gruppen werden die Kassen in ungebührlich hohem Maße in Anspruch genommen? Es wäre zunächst eine Gruppe, die sowohl zahlenmäßig, wie auch was die Sache angelangt, meiner Ansicht nach kaum ins Gewicht fällt und die deshalb nur ganz kurz erwähnt werden soll; ich meine diejenigen, die sich ihren Bedarf an Zahnpasta, Haarwasser, Seife oder Watte, kurz alle Utensilien, die es zwar in der Apotheke gibt, die aber nichts mit Heilmitteln oder gar Arzneien zu tun haben, mit einem Rezept für 1.-- DM besorgen.

Oder diejenigen, die sich "ihre Grippe" nehmen, um ihren Garten eine Woche lang in Ordnung zu bringen.

Oder auch nur die, die sich teure Vitaminpräparate verschreiben lassen, anstatt in ihrer Nahrung für Abwechslung zu sorgen.

Diese Gruppen sollten jedoch meines Erachtens in ihrer Bedeutung nicht überschätzt werden.

Viel eher zeigen die von Jahr zu Jahr häufiger und länger besuchten Kurorte, wie leichtfertig mit den Finanzen der LVA und der BfA umgegangen wird.

Hier soll nichts gesagt werden gegen ausgesprochene Heilkuren in geschlossenen Kuranstalten, oder gegen Patienten, die sich im Rahmen einer Kur von einer akuten organischen Erkrankung, unter strenger ärztlicher Aufsicht, erholen.

Hier soll nur Partei ergriffen werden gegen diejenigen, die sich mit Symptomen einer "allgemeinen Erschöpfung" oder "vegetativen Dystonie" fast jedes Jahr auf Kosten der Kasse einen Sonderurlaub mit mehr oder weniger lockerer ärztlicher Betreuung leisten.

Belegt wird die Annahme, daß zu häufig, bzw. vielleicht am falschen Platz, Kuren genehmigt werden, mit der statistisch erwiesenen Tatsache, daß seit der veränderten Lage auf dem Arbeitsmarkt im Jahre 1964, ein Rückgang, sowohl der Kurdauer, als auch der Kurhäufigkeit um fast 30% zu verzeichnen

war. Was den Rückgang der Kuranträge angeht, so betraf er fast ausschließlich Anträge wegen vegetativer Symptome; die Anträge von Versicherten mit manifesten organischen Erkrankungen waren kaum zurückgegangen. Daß dadurch ein Schaden für die Volksgesundheit abgeleitet werden kann, ist demnach nicht anzunehmen.

Außerdem ist noch zu bemerken, daß Sozialversicherte generell häufigere und längere Kuren machen als privat Versicherte, die ihren Aufenthalt zunächst aus eigener Tasche bezahlen müssen. Hier hat jedoch die veränderte wirtschaftliche Lage in Deutschland schon zu Gunsten einer Normalisierung gearbeitet.

Die eigentlichen Probleme liegen bei einer zweiten Personengruppe, die nicht so leicht zu verurteilen ist. Denn, wenn wir den oben genannten Personen unterstellen konnten, daß sie bewußt die Kasse schädigten, so müssen wir jenen anderen zugestehen, daß ihr Fehlverhalten auf mangelnde Einsicht, Unwissenheit, Fahrlässigkeit, evtl. auch auf einen labilen Charakter zurückzuführen ist. Für diese Fehler können die Menschen nicht in vollem Maße verantwortlich gemacht werden, denn sie sind oft nicht in der Lage, diese Fehler mit dem Willen zu beeinflussen.

Nehmen wir z.B. an, eine Krankheit sei durch fahrlässiges Verhalten des Versicherten ausgelöst, oder ihr Verlauf jedenfalls durch fahrlässiges Verhalten negativ beeinflußt worden; so ist Fahrlässigkeit kein eindeutig zu definierender Begriff. Zwar versteht man laut Palandt Kommentar zum BGB, unter "Fahrlässigkeit das Außerachtlassen der im Verkehr erforderlichen Sorgfalt" (24).

Aber es ist doch einzusehen, daß die Voraussehbarkeit der Folgen für einen Laien oft schwierig ist, und in jedem Fall von dessen Einsicht und Intelligenz abhängt.

Ein Versicherter könnte also nur dann für seine Fahrlässigkeit voll verantwortlich gemacht werden, wenn er nachgewiesenermaßen die Folgen übersehen hat, bzw. hätte übersehen können. Dies zu überprüfen und nachzuweisen dürfte im Einzelfall schwierig sein.

Erfolgversprechend in diesem Punkt wäre wohl auf die Dauer nur eine intensive Laienaufklärung in medizinischen Dingen. Erst dann kann der Versicherte für sein Verhalten voll haftbar gemacht werden.

Zu nennen wären nun noch die Menschen, die den Weisungen des behandelnden Arztes nicht Folge leisten, eine empfohlene Krankenhausbehandlung ablehnen, oder sich einer Erfolg versprechenden Operation nicht unterziehen.

Wie erwähnt, wäre die Kasse in einem solchen Falle bei Anwendung der einschlägigen Paragraphen der RVO in der Lage, Abhilfe zu schaffen. Daß von dieser Möglichkeit bisher wenig oder kein Gebrauch gemacht wurde, spricht meines Erachtens nicht gegen unsere Form der Krankenversicherung. Hierbei müssen wir doch bedenken, daß eine Krankheit den Menschen ganz erfaßt, körperlich und geistig, und daß es einem Außenstehenden unmöglich ist, die Beweggründe des Patienten zu verstehen und nachzuempfinden. In vielen Fällen ist allerdings die Intelligenz, das Verständnis und die Einsicht dieser Patienten in ihre Lage so mangelhaft, daß eine zwangsweise Behandlung angezeigt erscheinen kann.

So ist z.B. in der Tübinger Hautklinik der Fall eines Gärtners mit einem ulcus terebrans des Gesichts bekannt, der jahrelang, angeblich um eine Rente zu bekommen, jede Behandlung ablehnte. Er starb, nachdem sein Gesicht durch Freilegung der Nasen- und Nebenhöhlen bereits völlig entstellt war. Solche Fälle sind jedoch extrem selten, und die Gründe, die uns veranlassen sollten, hier einzugreifen und diese Menschen zur Behandlung zu zwingen, dürften nicht primär finanzieller Natur sein.

Anders zu beurteilen sind Verletzungen, die auf Grund von Raufereien oder kriminellen Handlungen (Abtreibungen, Vergiftungen etc.) entstanden sind. Hier ermöglicht die Versicherung zwar zunächst eine ausreichende Behandlung, ist aber anschließend befugt beim Versicherten oder Schuldigen, im Rahmen seiner Möglichkeiten, Regreßansprüche geltend zu machen.

Die sowohl zahlenmäßig, als auch ihrer Bedeutung nach wichtigste Gruppe sind jedoch die Menschen, die auf Grund ihres Nikotin-Alkohol- oder Arzneimittelabusus oder ihrer Alkaloidsucht, ihre Gesundheit ruinieren.

Als Beispiel sei die Zahl der Alkoholsüchtigen in Deutschland genannt; diese Zahl ist von 1951 bis 1966 um das Vierfache gestiegen und sie wird heute von der "Deutschen Hauptstelle gegen Suchtgefahren" auf 600 000 geschätzt! Hierbei ist - in Anbetracht der Tausende, die in Staatlichen Trinkerheilstätten untergebracht sind, das Argument jeder habe die Freiheit, mit seiner Gesundheit zu machen was er wolle, sie sei "Privatsache" - sicher nicht mehr stichhaltig, da die Allgemeinheit die Rechnung für ein, zumindest anfänglich, noch eindeutiges Fehlverhalten zu begleichen hat. Chronisch übermäßiger Alkoholgenuß verursacht oder begünstigt eine Vielzahl von krankhaften Veränderungen im Organismus wie z.B.:

Lebererkrankungen
Herz- und Kreislauferkrankungen
Magen-Darmkrankheiten
Fettsucht
Neurologische und psychiatrische Leiden
Hirnabbau bis zum Delirium tremens und zur Demenz.

Bei Alkoholikern muß jedoch unterschieden werden zwischen solchen, die aus irgendwelchen, beispielsweise professionellen Gründen andauernd soviel Alkohol trinken, daß diese Menge ausreicht, um einen Menschen mit durchschnittlicher Widerstandskraft körperlich, neurologisch und seelisch zu schädigen; zum Anderen den Trunksüchtigen, nämlich den Menschen, bei denen eine krankhafte, multifaktoriell determinierte seelische Fehlentwicklung vorliegt. Viele dieser Menschen sind schon primär psychisch krank und der Alkoholismus ist bei ihnen nur das hervorstechendste Symptom.

Bei dieser Einteilung wird klar ersichtlich, daß nur der sogenannte Gewohnheitstrinker aus exogener Ursache, voll verantwortlich gemacht werden kann. Problematisch hierbei ist nur, daß es zwischen dem Gewohnheitstrinker und dem Trunksüchtigen alle Übergangsformen gibt; denn auch der normalpsychologisch entstandene Alkoholismus ist geeignet, Veränderungen im Gehirn zu bewirken, die einen Gewohnheitstrinker über kurz oder lang zum Trunksüchtigen machen.

Versicherungsmedizinisch wurde dieser Fall nun zunächst so gelöst, daß, laut Definition, Alkoholismus dann als Krankheit im versicherungsrechtlichen Sinn gewertet wird, wenn der Alkoholgenuß bereits manifeste organische Schädigungen bewirkt hat - und organische Schäden können in allen fortgeschrittenen Stadien registriert werden. -
Zwei neuere Urteile des Bundessozialgerichts (BSG Urteile vom 18.6.68 - 3 RK 63/66 und vom 22.11.68 - 3 RK 20/66) machen eine Bejahung der Behandlungsbedürftigkeit bzw. den Krankenpflegeanspruch jedoch nicht mehr abhängig von gravierenden somatischen Ausfallserscheinungen; sie legen den "Verlust der Selbstkontrolle" und das "nicht mehr aufhören können" als entscheidende Kriterien fest.
Ähnliches gilt auch für Arzneimittel- und Rauschgiftsüchtige.

Das bedeutet, daß die Versicherung einem Alkoholiker gegenüber meist keinerlei Regreßansprüche geltend machen kann, und daß sie auch ihre Leistungen nicht vom Wohlverhalten des Versicherten abhängig machen kann. Ein anderer

Weg scheint jedoch auf Grund der psychischen Veränderung des Alkoholikers nicht gangbar.

Ganz am Rande könnte nun noch das Problem der Gastarbeiter in Deutschland erwähnt werden. Gerade in den Versicherungsangelegenheiten spiegelt sich das Problem der Verflechtung der EWG-Länder durch Austausch von Arbeitskräften. Die ausländischen Arbeiter kommen nach Deutschland und haben zunächst eine wesentlich niedrigere Arbeitsunfähigkeitsquote als ihre deutschen Kollegen. Erstens wohl deshalb, weil junge, gesunde, arbeitswillige Ausländer nach Deutschland kommen, zweitens aber auch, weil sie von ihrem Heimatland, was Sozialeinrichtungen anbelangt, nicht verwöhnt sind.

Jedoch schon nach kurzer Zeit steigt ihre Arbeitsunfähigkeitsquote rapide an, was teils wohl Folge einer Umstellung auf die neuen Umweltverhältnisse, möglicherweise aber wohl auch der intensiven Aufklärung durch Kollegen und die jeweiligen Rundfunksender etc. zu verdanken ist!

III. DISKUSSION

Versucht man nun, auf Grund der vorangegangenen Ausführungen zu einem Resultat zu kommen, das eine Besserung der derzeitigen Situation verspricht, so bieten sich verschiedene Änderungsmöglichkeiten an, die diskutiert werden müssen.

Da wäre einmal die Möglichkeit einer strengeren Formulierung der Gesetze in der Reichsversicherungsordnung. Daß dies jedoch nicht die Methode der Wahl sein kann, glaube ich an den vorangegangenen Beispielen gezeigt zu haben. Denn die notwendigen Gesetze sind in der Anlage alle vorhanden, ihre geringe Anwendung zeigt nur, daß es im Einzelfall oft problematisch wäre, sie in voller Schärfe in Kraft treten zu lassen. Das soll jedoch nicht heißen, daß es nicht wünschenswert wäre, eine solch vage Bestimmung wie: "ein Versicherter hat die Maßnahmen zu ergreifen, die ein ordentlicher Mensch in seiner Lage zur Schadensminderung ergreifen würde", durch genauer umrissene und schärfere Forderungen zu ersetzen.

Auch eine strengere Überwachung von Arzt und Patient durch ein erweitertes Vertrauensarztsystem wäre sicher nicht geeignet, eine Verbesserung der Lage herbeizuführen.

So meint Pott zu diesem Punkt:
"Es scheint mir wirklichkeitsfremd zu glauben, daß bei einer weiteren Verdoppelung des Vertrauensärztlichen Apparates an der Grundtendenz der Sozialversicherung etwas zu ändern wäre, ebenso wie ich mir einfach nicht vorstellen kann, daß der Vertrauensarzt wirklich ein Arzt breiten Vertrauens werden könnte" (27).

Vielmehr wird das Vertrauensverhältnis Arzt - Patient durch Überwachung Dritter doch ganz erheblich gestört.
So betont auch Kohlhausen, der Landesvertrauensarzt von Niedersachsen, ein besonderer Sachkenner der Materie, immer wieder, daß sich Arbeitsunfähigkeitstage durch Überwachungsmaßnahmen kaum beeinflussen lassen. Er spricht, nach einer Veröffentlichung von Oeter, "geradezu von einem Fiasko des Vertrauensärztlichen Dienstes und sieht die Gründe hierfür darin, daß in

dem als Vertrauensärztlichen Dienst bezeichneten Überwachungssystem Patienten und Ärzte gleichermaßen in eine Situation gedrängt werden, die nur als in höchstem Maße unwürdig und verletzend empfunden werden kann" (22).

Außerdem würde der ohnehin schon immense Verwaltungsapparat noch einmal vergrößert, was die Kosten wiederum um ein Wesentliches steigern würde. Parkinson's Gesetz (25) würde sich dann auch hier erfüllen, ohne daß der Nutzeffekt im geringsten anstiege.

Diese beiden erstgenannten Wege haben außerdem den Nachteil, daß sie die Mitglieder der Sozialversicherung noch mehr als bisher zu Unmündigen stempeln und ihr eigenes Verantwortungsgefühl noch weiterhin schwächen. Das Ziel einer Reform der Sozialversicherung sollte aber doch sein, daß sich der Arbeitnehmer wieder in vermehrtem Maße auf die Verantwortung, die er für sich und seine Familie zu tragen hat, besinnt.

Hierzu schreibt Walter Bogs:
"Unter der Einwirkung zweier Weltkriege ist der Versorgungscharakter unseres Systems sozialer Sicherheit immer stärker hervorgetreten. Bei Fortbestehen dieser Entwicklungstendenz, die wesentlich durch wirtschaftliche Unsicherheit bedingt ist, würden die versicherungsmäßigen Elemente bald ganz verdrängt sein. Hier gilt es einzugreifen und bei einer Reform die verschütteten sozial-ethischen Prinzipien der Sozialversicherung, nämlich Selbstversicherung und Eigenverantwortung wesentlich zu betonen" (5).

Die dritte Lösung, von der sich viele immer wieder Erfolg versprechen, wäre eine fundierte Aufklärung in medizinischen Dingen, intensiv betriebene, von der Kasse voll bezahlte Präventivmedizin und Erziehung der Versicherten zu Solidarität und Verantwortungsbewußtsein.

Hier zeigt sich Schär jedoch wenig optimistisch; er schreibt in einem Aufsatz über Gesundheitserziehung als Prävention:
"ob wir es Belehrung oder Erziehung nennen, die Änderung von Lebensgewohnheiten ist ein mühsames und wenig Erfolg versprechendes Unternehmen" (31).

Dabei ist die Änderung von schädigenden Lebensgewohnheiten eine conditio sine qua non für eine erfolgreiche Präventivmedizin; denn, wenn vor Jahren kollektive Gesundheitsvorsorgemaßnahmen, wie:
a) Trinkwasserkontrolle
b) Schutzimpfungen
c) Jodierung des Kochsalzes

d) Lebensmittelkontrolle und
e) Arbeitshygiene
einen Rückgang von Morbidität und Mortalität bewirken konnten, so muß man heute feststellen, daß die Krankheiten, die an der Spitze unserer Morbititätsstatistiken stehen, weniger durch kollektivmedizinische Maßnahmen beeinflußt werden können. Hier spielt laut Schär das persönliche Verhalten eine große Rolle, und nachhaltige Besserung kann nur durch Änderung der schädigenden Lebensgewohnheiten erreicht werden.
Das bedeutet also:
Wirksame Prävention nur bei aktiver Mithilfe des Patienten! Als Beispiel könnte hier der Lungenkrebs genannt werden: er ist die häufigste tödliche Erkrankung im Bereich der Atmungsorgane und auch hier ist Voraussetzung für eine wirksame Bekämpfung die Änderung einer ungesunden Lebensgewohnheit, nämlich: stop dem Nikotinabusus!

Was die Erziehung der Versicherten zu Solidarität und Verantwortungsbewußtsein angeht, so kann man diese sicher als recht problematisch bezeichnen. Die Schwächung der Idee der Solidarität, die in den ersten Jahrzehnten der Versicherung wohl bestanden hat, läßt sich durch das Anwachsen der versicherten Personengruppen erklären - die Versicherten sind nicht mehr Mitglieder einer einheitlichen sozialen Gruppe.
Hierzu Bogs:
"An die Stelle der verlorenen Solidarität innerhalb der Versichertengemeinschaft tritt eine andere Einstellung, die sich bei den Versicherten darin äußert, daß von den Einrichtungen der Sozialversicherung in erster Linie verlangt wird, Leistungen zu gewähren, ohne Rücksicht darauf, wie die Mittel aufgebracht werden" (5).

Keine dieser diskutierten Möglichkeiten verspricht eine befriedigende Lösung darzustellen; und auch das "Gesetz über die Fortzahlung des Arbeitsentgelts im Krankheitsfall und über Änderungen des Rechts der gesetzlichen Krankenversicherung", das am 27.7.69 verabschiedet wurde, brachte keine wesentlichen Neuerungen und Besserungen. Diese Gesetzesänderung sieht unter anderem vor, die Rezeptblattgebühr auf 20% des Rechnungsbetrages, höchstens aber 2.50.-- DM anstatt bisher 1.-- DM, festzusetzen. Bei den Bagatellverschreibungen unter 5.-- DM sinkt hierbei jedoch die Selbstbeteiligungsrate unter das bisherige Niveau, die Änderung wirkt also eher stimulierend auf den Arzneimittelkonsum.
Außerdem sollen Prämien für Nichtinanspruchnahme in Höhe von 10.-- pro Quartal, höchstens aber 30.-- DM pro Kalenderjahr erstattet werden. Dieser Betrag ist sehr gering in Anbetracht dessen, daß monatlich 10% des Regellohns

einbehalten werden. Außerdem wurde die Beitragsbemessungsgrenze auf 1200.-- DM heraufgesetzt.

Auch Schreiber bezeichnet diesen "Einstieg" in die Krankenkassenreform, den der Bundestag in der abgelaufenen Legislaturperiode versucht hat, als "nicht sehr erfolgreich und als nicht viel mehr als ein Alibi für einen voreilig verkündeten Vorsatz, der um der Optik willen ausgeführt worden sei. Bisher sei weder den Parteien, noch den Gewerkschaften, noch der Wissenschaft zur Reform der Krankenversicherung etwas Gescheites eingefallen (36).

Der einzig gangbare Weg wäre meines Erachtens eine Form der Selbstbeteiligung, d.h. also:
"der Versicherte hat einen, durch einen Versicherungsfall entstandenen Schaden ganz oder teilweise selbst zu tragen" Möller (19).

Der zu diesem Thema immer wieder vorgebrachte Einwand von Seiten der Ärzteschaft, die finanzielle Belastung könne Versicherte vom Arztbesuch abhalten, und es sei somit ein Schaden für die Volksgesundheit zu befürchten, ist wohl das schwerwiegendste Argument gegen eine Selbstbeteiligung.
Doch auch dieses Argument kann widerlegt werden.

So schreibt Oeter:
"Legt man das allgemein erreichte Wohlstandsniveau zugrunde, so läßt sich kein vernünftiges Argument finden, das dagegen spricht, vom Patienten einen Kostenbeitrag zu erheben, der insgesamt wesentlich niedriger liegt, als die Ausgaben für Nikotin, Alkohol und andere Genußgifte" (23).

Überdies zeigte sich, daß vom Rückgang der Kurhäufigkeit im Jahre 1964 nicht die Kuren, die wegen manifester organischer Erkrankungen verordnet worden waren, betroffen waren, sondern es zeigte lediglich die Kurhäufigkeit wegen allgemeiner vegetativer Symptome eine rückläufige Entwicklung.

Auch eine Stellungnahme von Schneider, dem Leiter der öffentlichen Krankenkasse von Basel - Stadt, spricht für eine Selbstbeteiligung. Er warnt uns zwar, allzugroße Erwartungen in die Erfolge der Selbstbeteiligung zu setzen, aber auch er hält sie für die einzige Lösung:
"Wie wirkt sich der Selbstbehalt aus?
Einen Rückgang von Bagatellfällen hat er nur vorübergehend gebracht. Auch die ständige Zunahme der Heilungskosten hat er nicht aufzuhalten vermocht. Er führt somit nur zu einer Verteilung der Kosten zwischen den Versicherten und den Kassen. Ein besserer Weg um den subjektiven Momenten der Versicherung Rechnung zu tragen, hat sich aber bisher noch nicht gezeigt" (35).

Um sicher zu stellen, daß nicht finanzielle Gesichtspunkte von einem notwendigen Arztbesuch abhalten, sollte der Selbstbeteiligungsbeitrag so niedrig gehalten werden, daß er für keinen der Versicherten einen echten Hinderungsgrund bedeuten kann. Es soll ja lediglich der unnötigen und übermäßigen Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen entgegengetreten werden. Ein Versicherter, der echte Beschwerden hat, wird sich, auch wenn er mit einer gewissen Kostenbeteiligung zu rechnen hat, in ärztliche Behandlung begeben.

Walter Bogs schreibt zu diesem Thema:
"Auf eine Selbstbeteiligung der Versicherten wird in der einen oder anderen Form nicht verzichtet werden können. Es wird nur darauf ankommen, sicherzustellen, daß die Selbstbeteiligung nicht so weit geht, daß dadurch die Krankenhilfe für wirtschaftlich schwache Schichten gefährdet wird" (5).

Vorteile der Selbstbeteiligung

Es ist anzunehmen, daß die Selbstbeteiligung der Versicherten der unnötigen Inanspruchnahme der ärztlichen Leistungen entgegenwirkt. Die materielle Verpflichtung greift als regulierender Faktor in das Arzt-Patient-Verhältnis ein; der Patient wägt die materielle Verpflichtung als negativen Gefühlswert ab gegen die positiven Werte der Leistungen des Arztes. Fällt jedoch die als negativ empfundene Zahlungspflicht weg, so steht dem als positiv gewerteten ärztlichen Leistungen nichts entgegen, und der Weg ist offen zu einer schrankenlosen 'surconsommation medicale'.

Presse - und Informationsdienst der Regierung: (34) "das hat wiederum zur Folge, daß die Wartezimmer überfüllt sind, und die Gründlichkeit der ärztlichen Behandlung leidet".

Die Regierung verspricht sich also von einer Selbstbeteiligung der Versicherten, daß der Arzt wieder mehr Zeit zur Verfügung hat für den wirklich Kranken und für wirksame Maßnahmen der Krankheitsverhütung.

Außerdem ist darauf hinzuweisen, daß eine Selbstbeteiligung der Versicherten im Sinne einer Schadensabwendung - und minderung wirkt. Möller: "wer gewisse Schäden aus eigener Tasche bezahlen muß, wird nach Möglichkeit bestrebt sein, Versicherungsfälle zu verhüten, und vermeidbare Schäden klein zu halten, und eingetretene Schäden zu vermindern" (19).

Auch wird von psychotherapeutisch tätigen Ärzten immer wieder darauf hingewiesen, daß die Beteiligung des Patienten an den Krankheitskosten in einer unmittelbaren Wechselbeziehung zu seinem Heilungswillen steht (18).

Und nicht zuletzt kann mit einer Selbstbeteiligung erreicht werden, daß dem Versicherten der Aufwand für die Krankheitskosten deutlich vor Augen geführt wird, und daß ihm klar gemacht wird, was der Versicherungsträger für ihn leistet.

Durchführung der Selbstbeteiligung

Nun erhebt sich zum Schluß noch die Frage, in welcher Form sich diese Selbstbeteiligung am einfachsten und zweckmäßigsten durchführen ließe.

Möller unterscheidet hier zwischen primärer und sekundärer Selbstbeteiligung, wobei die primäre Selbstbeteiligung eine Verminderung der Versicherungsleistung, d.h. also eine echte Kostenbeteiligung des Versicherten bedeutet. Bei der sekundären Selbstbeteiligung wäre hingegen die Versicherungsleistung ungeschmälert, der Versicherte verlöre nur seinen Anspruch auf Beitragsermäßigung, wenn die Versicherung nicht schadensfrei verläuft (19).

So wurde von dem ehemaligen Bundesarbeitsminister Blank die Möglichkeit zur Debatte gestellt, Prämien für Nichtinanspruchnahme des Arztes zu gewähren. Dieser Weg wird von den Ersatzkassen heute schon begangen: sie erstatten für jeden nicht benutzten Krankenschein pro Quartal 10.-- DM!

Meiner Ansicht nach sollte jedoch die sekundäre Selbstbeteiligung von vorneherein ausgeschlossen werden, denn:

1.) ist sie nicht in der Lage, dem Versicherten den Wert der ärztlichen Leistung vor Augen zu führen.

2.) könnte man sich in diesem Fall vorstellen, daß es sich die Versicherten, analog zur Kraftfahrzeugversicherung, zu einem Sport machen, keine ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen, um niedrigere Beiträge bezahlen zu müssen.

3.) würde es den Haushalt des Versicherers nicht unmittelbar entlasten.

Übrig bleiben also noch die Methoden der primären Selbstbeteiligung. Verschiedene Vorschläge wurden schon in der Öffentlichkeit diskutiert, so z.B. das Zwangssparen, wobei die Versicherung durch eine Sozialsparkasse abgelöst werden sollte; oder der "Münchner Plan", ein kombiniertes Spar-Versicherungssystem; diese Pläne scheiterten in erster Linie an der Schwierigkeit, das bisherige System nahtlos in das neue Spar- oder Sparversicherungssystem zu überführen.

Immer wieder diskutiert wird auch die Einführung einer Krankenscheingebühr oder einer Inanspruchnahmegebühr, evtl. nach dem "sudetendeutschen Muster"; hier mußte der Kranke bei einer Versicherung Stempelmarken kaufen und bei jedem Arztbesuch, je nachdem, ob er einen praktischen Arzt oder einen Facharzt konsultierte, eine oder mehrere Stempelmarken kleben. Diese Methode scheint jedoch weder für den Arzt noch für den Patienten zumutbar. Auch erfüllt diese Methode nicht die Forderung, daß die Selbstbeteiligung des Versicherten in unmittelbarer Beziehung zu den tatsächlichen Kosten steht.

Die mir optimal erscheinende Lösung wäre unter diesen Gesichtspunkten eine unmittelbare Beteiligung des Versicherten an den entstandenen Kosten, beispielsweise in der Form, daß er 1/5 des Betrags selbst trägt. Um Härtefälle zu vermeiden, d.h. um der Forderung nachzukommen, die Kostenbeteiligung dürfe die Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe nicht unmittelbar erschweren, könnte man hierbei Mindest- und Höchstgrenzen festlegen. Einzelheiten können hierzu aus Raumgründen schlecht diskutiert werden.

Auf diese Weise wäre es durchaus möglich, die regulären monatlichen Beiträge um 2% des Monatseinkommens zu senken, so daß in Anbetracht der nicht geringen Beitragsersparnis von einer "unerträglichen Belastung" des Versicherten nicht die Rede sein dürfte.

Die Sorge um die Volksgesundheit könnte man vollends gegenstandslos machen, wenn man die freiwerdende Ärztekapazität und die bessere Finanzlage der Kassen im Sinne einer Intensivierung der Präventivmedizin ausnutzen würde.

So fordert auch Schellenberg, als Sozialexperte der SPD-Fraktion, eine "Krankenversicherung im Dienste der Gesundheitsvorsorge".

In einer Konzeption der SPD für die Reform der Krankenversicherung heißt es unter Punkt 4: "Die Krankenversicherung solle Aufgaben der allgemeinen Krankheitsverhütung fördern. Die Sozialversicherung darf sich nicht auf Leistungsgewährung für eingetretene "Versicherungsfälle" beschränken. Auch die

Krankenversicherung soll durch Förderung allgemeiner Aufgaben der Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit im Interesse der versicherten Bevölkerung dazu beitragen, daß Gesundheitsschäden möglichst vermieden oder frühzeitig behoben werden" (33).

Unter diesem Aspekt müssen allerdings die im § 178 Abs. 1 des zweiten Regierungsentwurfs von 1962 vorgesehenen Maßnahmen als völlig unzureichend bezeichnet werden; demnach hätte lediglich jeder Versicherte, der das 35. Lebensjahr vollendet hat, Rechtsanspruch auf eine Vorsorgeuntersuchung innerhalb von je 3 Jahren.

Wirksam betriebene Präventivmedizin müßte sich auf alle Versicherungsmitglieder erstrecken und die Teilnahme an Schutzimpfungen und allen anderen Gesundheitsvorsorgemaßnahmen müßten jedem Versicherten zur Pflicht gemacht werden. Nur so könnte man auf lange Sicht beides, sowohl eine bessere finanzielle Situation der Krankenkassen, wie auch eine sorgfältigere Betreuung der Versicherten erreichen.

Zusammenfassung

Die Arbeit versucht eine Antwort auf die Frage zu geben, ob die Pflichten des Versicherten in der sozialen Krankenversicherung so formuliert sind, daß Mißbrauch von Versicherungsleistungen weitestgehend ausgeschaltet werden kann. Die Bedeutung des Problems wird umrissen; gesetzliche Grundlagen für eine genügende Kontrolle der Rechtmäßigkeit einer Inanspruchnahme der Versicherung sind vorhanden:

§§ 182 - 184 RVO
§ 192 RVO
§ 1243 RVO
Kontrolle durch den Vertrauensärztlichen Dienst.

Trotzdem zeigt die Praxis, und die Reformbestrebungen bestätigen es, daß viele Regelungen unwirksam sind oder zu Fehlentwicklungen Anlaß gegeben haben.

Folgende Vorschläge werden gemacht:

1.) Versuch einer Erziehung der Versicherten zu Eigenverantwortlichkeit und Solidarität.

2.) Primäre Selbstbeteiligung in Form einer unmittelbaren Kostenbeteiligung der Versicherten in Höhe von 1/5 der entstandenen Kosten.

3.) Selbstbeteiligung in Kombination mit intensivst betriebener Präventivmedizin. Prävention als Regelleistung!

LITERATURVERZEICHNIS

1) anonym: Statistik des internat. Arbeitsamtes in Genf

2) Bauer, K.H.: Zur ärztlichen Aufklärungspflicht aus den Erfahrungen eines Chirurgen
in: Offene Fragen zwischen Ärzten und Juristen
Würzburg 1963

3) Bednarik: Der junge Arbeiter von heute - ein neuer Typus.
Stuttgart 1953 s. 56

4) Birkhäuser, H.: Kann eine umfassende Sozialversicherung alle ärztl. Dienstleistungen garantieren?
Schweizer Monatshefte 4, 331-341 (1968)

5) Bogs, W.: Grundfragen des Rechts der sozialen Sicherheit und seiner Reform.
Berlin 1955

6) Ferber, C.v.: Der kranke Mensch in der sozialen Krankenversicherung.
Der med. Sachverst. 5, 105 (1968)

7) Grünwald, G.: Heilbehandlung und ärztl. Aufklärungspflicht.
in: Arzt und Recht
München 1966

8) Hadrich, J.: Die Arztfrage in der deutschen Sozialversicherung.
Berlin 1955

9) Haertz, G.: Irrwege der deutschen Sozialpolitik.
Berlin 1928 S. 28

10) Häussler, S.: Kostenkenntnis für Sozialversicherte
Köln-Berlin 1968

11) Jungmann, G.: Woran die gesetzl. Krankenversicherung krankt.
Der deutsche Arzt 5, (1965)

12) Kellner, W.: Hypothesen über den betrieblichen Krankenstand.
Stuttgart 1967

13) Kleinewefers, H.: Die Aufklärungspflicht des Arztes unter Berücksichtigung der Rechtsprechung des BGH.
in: Offene Fragen zwischen Ärzten und Juristen.
Würzburg 1963

14) Koslowski, L.: Psycholog. und soziolog. Gesichtspunkte bei der Indikation zur Osteosynthese.
Hefte zur Unfallheilkunde 91, 97-99 (1966)

15) Lundt, P.v.: Sozialmedizinische Aspekte des Alkoholkonsums.
Suchtgefahren 1, 1-12 (1968)

16) Maier, E.: Krankenhausfälle als Gegenstand der Morbiditätsstatistik.
Bundesgesundheitsblatt 5, 69-755 (1968)

17) Mauz, F.: Der Mensch in unserer Zeit in ärztl. Sicht
Ärztl. Mitteilungen 41, 796 (1956)

18) Mitscherlich, A.: Freiheit und Unfreiheit in der Krankheit
Hamburg 1948

19) Möller, H.: Selbstbeteiligung in der sozialen und privaten Krankenkasse.
in: Sozialreform und Sozialrecht
Festschrift für W. Bogs
Berlin 1959

20) Möllhoff, G.: Herausgabe von Krankengeschichten an Gerichte, Sozialversicherungsträger und Vertrauensärzte.
Med. Welt 19, (N.F.) 1876-1881 (1968)

21) Naschold, F.: Kassenärzte und Krankenversicherungsreform
Freiburg 1967 S. 50-51

22) Oeter, F.: Ist die Reform der sozialen Krankenversicherung noch zu retten?
Gesundheitspolitik 8, 15-24 (1966)

23) Oeter, F.: Die neuralgischen Punkte der Sozialversicherungsreform.
Die Sozialreform 4, 193-202 (1966)

24) Palandt Kommentar zum BGB
München-Berlin 1963

25) Parkinson, C.N.: Parkinsons Gesetz
Düsseldorf-Stuttgart 1957

26) Pott, R.: Ärztl. Gedanken zum Absentismus
Therapiewoche 15, 639 (1955)

27) Pott, R.: Gedanken zum Krankenstand
Gesundheitspolitik 6, 343 ff. (1967)

28) RVO Reichsversicherungsordnung
vom 19.7.1911

29) Ricossa, S.: FAZ vom 28.6.1968

30) Schäfer, H.: Die Medizin heute.
München 1963

31) Schär, N.: Gesundheitserziehung als Prävention.
Der med. Sachverst. 3, 49-51 (1968)

32) Scheicher, A.: Prakt. Beispiele zur Frage der Aufklärungspflicht aus der Erfahrung eines Chirurgen.
in: Offene Fragen zw. Ärzten und Juristen.
Würzburg 1963

33) Schellenberg, E.: Die SPD zur Reform der Krankenversicherung.
Die Ersatzkasse 7-8, 252-257 (1966)

34) Schewe, D. u. K. Nordhorn: Übersicht über die soziale Sicherung in Deutschland.
Bonn 1967

35) Schneider: Stellungnahme zur Frage der Selbstbeteiligung.
Ärztl. Mitt. 5, 191 (1950)

36) Schreiber: FAZ vom 14.9.1969

37) Schulten, H.: Der Arzt.
Stuttgart 1966 S. 89

38) Soballa, J.: Untersuchung über die Entwicklung der Morbidität 1954 - 1964
Tübingen 1968

39) Sozialenquete: Soziale Sicherung-Sozialenquete-in der BRD
Bericht der Sozialenquete-Kommission erbracht von W. Borgs u.a.
Stuttgart 1966

40) Thieding, F.: Der Arzt in den Fesseln der Sozialpolitik
München 1966

41) Thieding, F.: Der Mensch und die soziale Krankenversicherung.
Stuttgart 1966, S. 24

42) Thieding, F.: Krankheit und Wirtschaft.
Stuttgart 1960

43) Thieding, F.: Die kassenärztliche Praxis.
Stuttgart 1958

44) Wannagat, G.: Lehrbuch der Sozialversicherung.
Tübungen 1965

45) Weizsäcker, V.v.: Arzt und Kranker.
1932

46) Wurster, W.: Erfahrungen und Probleme mit den Gastarbeitern.
Der med. Sachverst. 3 (1967)

Mein besonderer Dank gilt Herrn Professor Dr. med. Georg Schmidt für die Überlassung des Themas der vorliegenden Dissertation und für die freundliche Unterstützung bei der Fertigung dieser Arbeit.

Herrn Dr. med. G. Möllhoff und Herrn Dr. jur. H. Narr möchte ich für die wertvollen Anregungen und die freundlichen Hinweise verbindlich danken.

Lebenslauf

Am 10. März 1944 wurde ich, Dorothea Rheinwald, geb. Baur, als Tochter des Oberstudienrats Erwin Baur und seiner Ehefrau Lotte, geb. Badelt, in Stuttgart geboren. Nach dem Besuch der Volksschule und des Goethe-Gymnasiums in Ludwigsburg legte ich im Februar 1963 daselbst die Reifeprüfung ab.

Das Medizinstudium begann ich im Wintersemester 1963/64 an der Universität Tübingen, wo ich im Oktober 1964 das Vorphysikum bestand. Das Physikum legte ich im August 1966 in Erlangen ab. Nach dem ersten klinischen Semester an der Universität Heidelberg, setzte ich das Studium an der Universität Tübingen fort, wo ich am 22. Januar 1970 das Medizinische Staatsexamen bestand.

Seit 28.2.1969 bin ich mit dem Gerichtsreferendar Dieter Rheinwald verheiratet.